*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

*rekrutacji i uczestnictwa*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**  
do projektu pn. **„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim”**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020 OŚ PRIORYTETOWA 5. Zatrudnienie

DZIAŁANIE 5.4 Zatrudnienie na rynku pracy PODDZIAŁANIE 5.4.1 Zdrowie na rynku pracy – mechanizm ZIT

Proszę uzupełnić drukowanymi literami lub wstawić znak „x” w wybrane pola

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane osobowe Uczestnika Projektu | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia |  | | | | | | | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | | | | | | | |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wykształcenie (należy zaznaczyć X przy właściwym wykształceniu) | Wyższe | | | | | | | | |  | |
| Policealne | | | | | | | | |  | |
| Ponadgimnazjalne | | | | | | | | |  | |
| Gimnazjalne | | | | | | | | |  | |
| Podstawowe | | | | | | | | |  | |
| Niższe niż podstawowe | | | | | | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Dane kontaktowe Uczestnika Projektu | |
| Kraj |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Adres zamieszkania (wypełnić jeżeli jest inny niż powyższy) | |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Numer budynku |  |
| Numer lokalu |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Status Uczestnika Projektu na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | | | | |
| Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy (w tym długotrwale bezrobotna) | Tak |  | Nie |  |
| Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy (w tym długotrwale bezrobotna) | Tak |  | Nie |  |
| Bierny zawodowo: | Tak |  | Nie |  |
| W tym osoba ucząca się | Tak |  | Nie |  |
| W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | Tak |  | Nie |  |
| Osoba pracująca. W przypadku zaznaczenia TAK należy podać nazwę zakładu pracy | Tak |  | Nie |  |
|  | |  |  |

*Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art.* 233 *Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.*

*Zgoda na przetwarzanie danych osobowych*

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przekazanych w formularzu rekrutacyjnym do projektu „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim”. Dane przekazuję z własnej woli, dobrowolnie w celu realizacji projektu. Zostałem/am poinformowany/na o możliwości wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz o prawie do odmowy przetwarzania danych bez niekorzystnych konsekwencji. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych obejmuje takie operacje jak zbieranie, przechowywanie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesyłani, przetwarzanie w sposób zautomatyzowany, profilowanie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie w ramach wskazanego celu przetwarzania.*

…………………………………… ….………………………………………….  
 (miejscowość i data) (podpis Uczestnika)

*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

*rekrutacji i uczestnictwa*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

***„*Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim”**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020 OŚ PRIORYTETOWA 5. Zatrudnienie DZIAŁANIE 5.4 Zatrudnienie na rynku pracy PODDZIAŁANIE 5.4.1 Zdrowie na rynku pracy – mechanizm ZIT, Umowa o dofinansowanie projektu nr RPPM.05.04.01-22-0004/18-00

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………….…………………………………………

(imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki)

zamieszkały/a …….………………………………………………………..…………………………………………………………

(adres zamieszkania)

Nr PESEL ………………………………………………………………………………………………………….……………………..

* dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie pt. ***„*Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim*”***
* oświadczam, że spełniam kryterium kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie
* oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości informacje dot. przetwarzania danych osobowych,
* zostałem/am poinformowana/y, iż **uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanym w ramach** Osi Priorytetowej 5 Zatrudnienie Ddziałanie 5.4 Zatrudnienie na rynku pracy Poddziałanie 5.4.1 Zdrowie na rynku pracy – mechanizm ZIT **w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**
* oświadczam, że są mi znane warunki i zasady udziału w Projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa oraz, że w pełni je akceptuję
* wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

**POUCZENIE:**

Oświadczam, że zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

………………………………………………… ………….…………………………………………

(miejscowość i data) (podpis Uczestnika)

*Załącznik nr 3 do Regulaminu*

*rekrutacji i uczestnictwa*

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………

imię i nazwisko uczestnika

nr PESEL …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu ***„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim”*** w tym procesu rekrutacji, organizacji, monitoringu i ewaluacji (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2018 r. poz. 1000).

…………………………………… ……………………………….  
 (miejscowość i data) (podpis Uczestnika)

*Załącznik nr 4 do Regulaminu*

*rekrutacji i uczestnictwa*

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………………………….………………………………………

imię i nazwisko uczestnika

nr PESEL …………………………………………………………………………………………

W związku z realizacją projektu pn. ***„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim”*** udzielam realizatorom projektu partnerskiego nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z założeniami ww. projektu.

Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

………………………………………………… ….………………………………………….  
 (miejscowość i data) (podpis Uczestnika)

*Załącznik nr 5 do Regulaminu*

*rekrutacji i uczestnictwa*

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU UCZESTNIKA PROJEKTU**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………………………….………………………..……………

imię i nazwisko uczestnika

nr PESEL …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez Województwo Pomorskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Pomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej RPO WP 2014-2020, w celu realizacji, monitoringu, ewaluacji i promocji Projektu ***„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim”*** realizowanego w ramach RPO WP na lata 2014-2020, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1231). Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o celu wykorzystania mojego wizerunku.

…………………………………… ……………………………….  
 (miejscowość i data) (podpis Uczestnika)

*Załącznik nr 6 do Regulaminu*

*rekrutacji i uczestnictwa*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………………………….………………………………………

imię i nazwisko uczestnika

nr PESEL …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

W związku z przystąpieniem do Projektu ***„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim”*** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy ds. rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Powierzającej, mający siedzibę przy ul. Wspólna 2/4 w Warszawie (00-926).
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych to e-mail: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).
3. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. – moje dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020) i będą przetwarzane na podstawie:
4. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r.);
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r.);
6. Rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do Rozporządzenia Parlamentu europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących   
   do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentem, beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
7. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);
8. Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach Centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020 Nr RPPM/12/2015.
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ***„Zintegrowany system usług społecznych Powiatu Kartuskiego – POKOLENIA”***  , w szczególności zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości i raportowania w ramach RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z EFS. Następnie moje dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów.
10. Moje dane osobowe będą powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Samorząd Województwa Pomorskiego ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, beneficjentowi realizującemu Projekt - Powiat Kartuski, ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy oraz podmiotom, które świadczą usługi na jego rzecz, w związku z realizacją Projektu.
11. Odbiorcą moich danych osobowych będą:
12. instytucje pośredniczące;
13. podmioty świadczące usługi na rzecz Zarządu Województwa Pomorskiego w związku realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020, w szczególności podmioty realizujące badania ewaluacyjne.
14. podmioty świadczące usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych (np. dostawcom usług informatycznych).

Takie podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z Instytucją Zarządzającą i tylko zgodnie z jej poleceniami.

1. Moje dane będą przechowywane na czas realizacji Projektu, zgodnie z zachowaniem zasady trwałości, aż do czasu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów projektowych.
2. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia   
   lub ograniczenia przetwarzania.
3. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.
4. Podanie moich danych osobowych jest niezbędne do realizacji ustawowych obowiązków IZ RPO WP związanych z procesem aplikowania o środki unijne i budżetu państwa oraz realizacji projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. Jestem zobowiązany/a do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w powyższym procesie.
5. Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (nie ma profilowania).

………………………………………………… ………….…………………………………………

(miejscowość i data) (podpis Uczestnika)

*Załącznik nr 7 do Regulaminu*

*rekrutacji i uczestnictwa*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego**

**na lata 2014-2020”**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

Imię i nazwisko uczestnika

nr PESEL …………………………………………………………………………………

W związku z przystąpieniem do Projektu ***„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim”*** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w odniesieniu do zbioru „Zarządzanie Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”:

1. Administratorem moich danych osobowych będzie Zarząd Województwa Pomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej (IZ) dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020), mający siedzibę przy ul. Okopowej 21/27 w Gdańsku (80-810).
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych to e-mail: iod@pomorskie.eu lub tel. 58 32 68 518.
3. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. – moje dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020) i będą przetwarzane na podstawie:
4. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r.);
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1301/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i przepisów szczególnych dotyczących celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” oraz w sprawie uchylenia rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r.);
6. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r.);
7. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);
8. Umowy Partnerstwa - dokumentu, zatwierdzonego przez Komisję Europejską w dniu 23 maja 2014 r., wyznaczającego kierunki interwencji funduszy europejskich w Polsce w latach 2014-2020 w ramach trzech polityk unijnych: Polityki Spójności, Wspólnej Polityki Rolnej i Wspólnej Polityki Rybołówstwa;
9. Kontraktu Terytorialnego dla Województwa Pomorskiego – umowy zawartej pomiędzy Rządem Polskim a Samorządem Województwa Pomorskiego w dniu 19 grudnia 2014 r., będącej wynikiem dwustronnych negocjacji. Stanowi zobowiązanie strony rządowej i samorządowej do realizacji celów i przedsięwzięć priorytetowych, które mają istotne znaczenie zarówno dla rozwoju kraju, jaki i województwa, w perspektywie 2020 r., oraz określa sposób ich finansowania, koordynacji i realizacji.
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu ***„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim”***, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno–promocyjnych w ramach RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z RPO WP 2014-2020, współfinansowanego z EFS. Następnie moje dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów.
11. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez Instytucję Zarządzającą – Samorząd Województwa Pomorskiego ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, oraz zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu Projekt - Powiatowi Kartuskiemu ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy oraz podmiotom, które świadczą usługi na jego rzecz, w związku z realizacją Projektu.
12. Odbiorcą moich danych osobowych będą:
13. instytucje pośredniczące;
14. podmioty świadczące usługi na rzecz Zarządu Województwa Pomorskiego w związku realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020, w szczególności podmioty realizujące badania ewaluacyjne.
15. podmioty świadczące usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych (np. dostawcom usług informatycznych).

Takie podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z Instytucją Zarządzającą i tylko zgodnie z jej poleceniami.

1. Moje dane będą przechowywane na czas realizacji Projektu, zgodnie z zachowaniem zasad trwałości, aż do czasu wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów projektowych.
2. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji[[1]](#footnote-1).
3. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy[[2]](#footnote-2).
4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.
6. Podanie moich danych osobowych jest niezbędne do realizacji ustawowych obowiązków IZ RPO WP związanych z procesem aplikowania o środki unijne i budżetu państwa oraz realizacji projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. Jestem zobowiązany/a do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w powyższym procesie.
7. Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (nie ma profilowania).

………………………………………………… ………….…………………………………………

(miejscowość i data) (podpis Uczestnika)

*Załącznik nr 8 do Regulaminu*

*rekrutacji i uczestnictwa*

**OŚWIADCZENIE**

**UCZESTNIKA O JEGO SYTUACJI PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany/a ............................................................................…………………...................................

*(imię i nazwisko Uczestnika)*

nr PESEL ...................................................... data zakończenia udziału w Projekcie .................................

1. **Status na rynku pracy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | Jestem pracujący/a **(*zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi)*** | |
| □ | wykonuję pracę przynoszącą zarobek lub dochód; |
| □ | prowadzę działalność gospodarczą lub pomagam w rodzinnej działalności gospodarczej; |
| □ | prowadzę gospodarstwo rolne lub pomagam w rodzinnym gospodarstwie rolnym; |
| □ | odbywam praktykę zawodową przynoszącą zarobek lub dochód; |
| □ | odbywam płatny staż/ przygotowanie zawodowe przynoszące zarobek lub dochód  *(nie dotyczy stażu/ przygotowania zawodowego, na które kieruje urząd pracy, ponieważ w tym przypadku jest Pan/Pani cały czas zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna);* |
| □ | jestem w trakcie zakładania działalności gospodarczej; |
| □ | jestem w trakcie zakładania gospodarstwa rolnego; |
| □ | przebywam na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim. |
| □ | Jestem bezrobotny/a tzn. jestem:  □ *zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako bezrobotny/a;*  □ *nie pracuję i nie jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy, ale poszukuję pracy i jestem*  *gotowy/a do jej podjęcia.* | |
| □ | Jestem bierny/a zawodowo tzn. *nie pracuję, nie jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy i nie poszukuję pracy.* | |

1. **Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie poszukiwał/a Pan/i pracy lub był/a Pan/i zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako poszukujący/a pracy?**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | Tak |
| □ | Nie |

1. **Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie rozpoczął/ęła Pan/i naukę w szkole lub wziął/ęła udział w szkoleniu?**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | Tak |
| □ | Nie |

1. **Czy w trakcie projektu lub w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie uzyskał/a Pan/i, po zdanym egzaminie, certyfikat/zaświadczenie potwierdzające uzyskanie kwalifikacji** *–* tzn. w projekcie uczestniczył/a Pan/i w kursie/szkoleniu, które zakończyło się egzaminem (*np. kurs prawa jazdy, kurs umiejętności komputerowych ECDL, egzamin językowy)* i dopiero po zdaniu egzaminu otrzymał/a Pan/i certyfikat/świadectwo?

*Pytanie dotyczy wyłącznie kwalifikacji uzyskanych w wyniku udziału w projekcie (tj. np. w szkoleniu realizowanym w projekcie, w którym Pan/i uczestniczył/a, ale sam egzamin mógł odbyć się w projekcie lub poza nim (np. ze środków własnych)).*

|  |  |
| --- | --- |
| □ | Tak |
| □ | Nie |

Niniejszym oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne.

........................................................... ..............................................

*(miejscowość i data) (podpis Uczestnika)*

1. Wykreślić, jeśli nie dotyczy. [↑](#footnote-ref-1)
2. j.w. [↑](#footnote-ref-2)